

**ALEXANDRIA HEALTH DEPARTMENT
PPD/TUBERCULIN SKIN TESTING/INFORMED CONSENT**

Nombre	_____	Fecha de nacimiento	_____	Sexo : M ___ F ___
Apellido	Nombre	Initial	Mes/Dia/Año	
Dirección	_____	Apt #	_____	Ciudad
	_____		_____	Estado
	_____		_____	Postal
Seguro Social #	_____	Num. De Tele.	_____	Tele del trabajo
	_____		_____	
Estado civil:	Soltero ___	Casado ___	Viudo ___	Separado ___
	Divorciado ___			
Origen:	Mexicano ___	Puertoriqueno ___	Cubano ___	Centro/Sur Americano ___

PARA LA PERSONAL QUE VA A RECIVIR LAS PRUEBA DE TUBERCULINIA:

- Alguna vez le han dicho que ud. ha tenido o tiene tuberculosis? Si ___ No ___
- Alguna vez ha tenido ud. una reaccion positiva de la prueba de tuberculosis? Si ___ No ___
- Si usted contesto si a cualquiera de las 2 preguntas anteriores
Por favor conteste lo siguiente:
Donde fue la prueba obtenida o quien la diagnostico? _____
Fue alguna medicina prescrita y que clase de medicamento? _____

NOTA: La prueba de tuberculosis debera ser leida por el personal del departamento del salud 2 o 3 dias despues esta sera la unica forma de que ud. pueda obtener copia de sus resultados .

Yo autorizo a los doctores, enfermeras o enfermera especializada del Departamento de Salud de Virginia a que se me provea la prueba de tuberculina y que se me facilite radiografia pulmonar si es necesario. Y entiendo la explicacion que me ha sido dada acerca de el Consentimiento Estimado de enfermedades de la sangre contraidas al nacer. Yo comprendo que records medicos se consevaran durante 5 anos despues de haber muerto, 10-20 anos despues de mi ultima visita, o 5 anos despues de que mi hijo menor tenga 18 anos. Yo entiendo que al no regresar en 72 horas para saber mis resultados de la prueba de tuberculina, no podre obtener los resultados necesarios.

Paciente/Padre/Guardian Legal, Persona Actuando como representante, Nombre de el beneficiario Fecha

Para uso del departamento de salud: Vision Pt. # _____

Admin Date _____ Encounter # _____ Time Given: PPD Cl or _____ AM PM
Position # _____

Procedure	Code	Site	Lot #
TB Skin Test	86580/PPDFRE	Left Right	

Reading Date _____ Reading Encounter # _____ Position # _____

Procedure	Code	Reading	Significance
PPD Reading	PPR	mm	Pos Neg
X-RAY DONE	CHSTX	LDHX	BP